



**Erhebungsbogen für Clostridium difficile-Infektionen mit klinisch schwerem Verlauf
(Formularstand 22.05.2018)**

Die Datenschutzerklärung finden Sie unter <https://www.neustadt.de/meta/datenschutzerklaerung/>

Patientenangaben

Name, Vorname, Geburtsdatum:
Adresse:
Symptombeginn (Durchfall, sonstige abdominelle Beschwerden):
Aktuelles Aufnahmedatum:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aufenthalt in einer medizinischen Einrichtung innerhalb von 12 Wochen vor Symptombeginn. Falls ja-Name und Ort der Einrichtung(en); Behandlungszeitraum(räume):

Begründung für einen schwerwiegenden Verlauf:

- ja nein Aufnahme in eine medizinische Einrichtung zur Behandlung einer ambulant erworbenen Clostridium difficile-Erkrankung (Hinweis: eine ambulant erworbene Infektion liegt definitionsgemäß nicht vor, wenn sich der Patient innerhalb von 12 Wochen vor Symptombeginn in einer medizinischen Einrichtung aufgehalten hat)
- ja nein Aufnahme oder Verlegung auf eine Intensivstation aufgrund einer
 Clostridium difficile-Erkrankung ihrer Komplikationen
Verlegedatum: _____
- ja nein Durchführung eines chirurgischen Eingriffs (z.B. Kolektomie) aufgrund
 eines Megakolons einer Darmperforation einer Therapie-refraktären Kolitis
- ja nein Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnosestellung einer Clostridium difficile-Erkrankung und Wertung der Clostridium difficile-Erkrankung
 als direkte Todesursache als zum Tode beitragende Erkrankung
Datum des Todes: _____

Nachweismethode der Clostridium difficile-Infektion:

- Nachweis von Clostridientoxin A und/oder B
 Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) des Clostridium difficile-Toxin-A- oder -B-Gens
 Histologischer Nachweis aus Gewebe
 Endoskopischer Nachweis einer pseudomembranösen Kolitis
 Datum der Materialgewinnung bzw. der endoskopischen Untersuchung: _____

Sofern vorhanden: Ergebnis der molekulargenetischen Typisierung: _____

Epidemiologische und hygienische Aspekte:

- ja nein der Patient ist Teil einer Erkrankungshäufung
 ja nein erforderliche Hygienemaßnahmen werden/wurden beachtet

Name (Ansprechpartner): _____

Datum, Unterschrift, ggf. Stempel: _____

Bitte ausfüllen und per Telefax (09602-79-6055) übersenden